**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

ФИО.

Дата рождения:

Возраст: 87 лет

Пол: мужской

Место работы и должность, которую занимает:

Домашний адрес:

Дата госпитализации:

**1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

На момент поступления: жалобы на приступы затрудненного дыхания, сильную одышку при физической нагрузке и в состоянии покоя, чувство удушья, постоянный кашель с отделением большого количества серовато – белой густой мокроты, сердцебиение, сбои в работе сердца, отёки на стопах обеих ног, боли в шейно – грудном отделе позвоночника и ограничение динамики позвоночника в шейно – грудном отделе, плохой сон, прерываемый приступообразным кашлем, снижение аппетита, потерю веса на 10 кг за последние 4 месяца.

**2. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Со слов пациента, заболевание началось 10 – 15 лет назад с постоянных ОРЗ, лечению которых не уделялось должного внимания. Состоит на диспансерном учёте. Периодически возникали осложнения в виде одышки, которые купировались ингаляциями сальбутамола.

Последнее ухудшение состояния началось 15 февраля 2008 г. Возникло затруднение дыхания после перенесенного бронхита. За медицинской помощью больной не обращался. В начале марта 2008 г. участковый терапевт, и больному было предложена госпитализация, от которой он отказался. Было назначено амбулаторное лечение. Больной улучшения состояния здоровья не отметил.

В мае 2008 г. прошел курс лечения в госпитале ветеранов ВОВ, который не дал положительного эффекта.

5 августа 2008 г. повторился приступ удушья, не купировавшийся сальбутамолом, нарушился сон из-за вынужденного положения ортопноэ. Был вызван участковый терапевт на дом, и была проведена соответствующая медикаментозная терапия. Назначено: коргликон, фуросемид, сульфат магния.

9 сентября 2008 г. обострился кашель с трудноотделяемой вязкой серовато – белой мокротой, возникло затруднение дыхания, которое не купировалось сальбутамолом. Был вызван на дом участковый врач, который направил больного на госпитализацию в терапевтическое отделение ЛГМБ № 5.

**3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больной родился 25 марта 1921 г. В детские и школьные годы в росте и развитии соответствовал сверстникам. Часто болел простудными заболеваниями. После окончания средней школы получил диплом фармацевта. Во время Великой Отечественной Войны нес службу в военных госпиталях как специалист-фармацевт.

После окончания войны и демобилизации начал работать в фасовочном фармакологическом отделении галеновой лаборатории Луганского аптечного управления. Работа была связана с парами ртути, поэтому в 1948 г. у больного был выявлен туберкулёз правого лёгкого. После соответствующего лечения пациент начал работать бригадиром на мебельном предприятии. В возрасте 60 лет (в 1981 г.) вышел на пенсию и прекратил трудовую деятельность.

Женат, имеет двух сыновей 60 и 54 лет. Проживает в 2 комнатной квартире со своей невесткой. Квартира находится на 3 этаже. В подъезде есть работающий лифт. Жилищно – бытовые условия удовлетворительные.

Болеет хроническим параректальным свищом много лет. За последние 5 лет не было обострений и рецидивов заболевания.

Много лет болеет гастритом с гиперацидным синдромом, хроническим панкреатитом (обострения возникают при приеме острой или жареной пищи) и холециститом с наличием большого количества камней в жёлчном пузыре.

С 1990 года диагностирована доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Хирургической вмешательство не было проведено в связи с высоким возрастным риском. Из-за аденомы - частые позывы к мочеиспусканию.

Венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает.

Анамнез по ОКИ, малярии, глистным инвазиям, тениоринхозу не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредных привычек не имеет. Алкоголем не злоупотребляет.

**4. ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**I. ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Положение в постели на момент курации вынужденное – ортопноэ. Поведение адекватное. Походка шаркающая. Выражение лица спокойное. Телосложение нормостеническое.

Температура тела – 36,8 °С.

**А. Поверхность кожи**

Цвет кожи и видимых слизистых оболочек бледный. Сыпи нет. Эластичность кожи снижена. Отмечается сухость кожи. Волосы седые. На волосяной части головы отмечается возрастная алопеция.

**Б. Подкожная жировая клетчатка**

Развита чрезмерно. Толщина складки на животе – 13 см. Подкожный жировой слой распределен равномерно. На момент курации отёков не отмечается. Обнаружена умеренная пастозность кожи нижних конечностей. Подкожные вены малозаметны. Подкожная жировая клетчатка при давлении безболезненная.

**В. Лимфатические узлы**

Доступные пальпации лимфатические узлы – подчелюстные, подмышечные и паховые – не увеличены. Они единичные, округлой формы, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Рубцов над лимфатическими узлами не отмечено.

**Г. Мышечная система**

Мускулатура развита слабо. Отмечается общая возрастная атрофия мышц. Тонус мышц снижен. При пальпации и движении болезненности не отмечено. Сила мышц снижена. Уплотнений при пальпации не обнаружено.

**Д. Костная система**

Соотношение костей скелета пропорциональное. Череп округлой формы. Ход ребер горизонтальный. Отмечается болезненность при постукивании по грудине и ребрам.

**II. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Затруднения дыхания, выделений из носа, болезненных ощущений не отмечено.

Статический осмотр. Грудная клетка бочкообразной формы. Эпигастральный угол около 90°. Надключичные ямки выступают. Межреберные промежутки расширены. Ход ребер горизонтальный.

Динамический осмотр. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Дыхание ритмичное. Правая и левая половины грудной клетки участвуют в акте дыхания симметрично. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания.

Пальпация. При пальпации локальная болезненность отмечается в области ребер и грудины. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легочной ткани. Ощущение трения плевры отсутствует.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук, немного притупленный в правой подключичной области.

Топографическая перкуссия. Нижние границы легких:

правого легкого левого легкого

l. parasternalis V ребро −−

l. medioclavicularis V ребро −−

l. axillaris anterior VI ребро VI ребро

l. axillaris media VII ребро VI межреберье

l. axillaris posterior IX ребро VII ребро

l. scapularis VI межреберье X ребро

l. paravertebralis остистый отросток остистый отросток

IX грудного позвонка IX грудного позвонка

Ширина полей Кренига 7 см 7см

*Подвижность легочного края* составляет 3 см.

*Высота стояния верхушек легких*. При топографической перкуссии верхушка правого легкого спереди находится на 3 см выше середины ключицы, а сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Верхушка левого легкого спереди находится выше ключицы на 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Аускультация. Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, только в нижних отделах дыхание ослабленное. Над всей легочной поверхностью выслушивается масса рассеянных сухих свистящих дистантных хрипов.

**III. СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Осмотр области сердца и крупных сосудов. Область сердца не изменена. Патологической пульсации сонных артерий, набухания и пульсации шейных вен не обнаружено. Пульсация в области сердца и эпигастрия отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Систолическое и диастолическое дрожание не определяется.

Пульс синхронный, 115 ударов в минуту, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения, быстрый.

Границы относительной сердечной тупости.

правая – в IV межреберье, у правого края грудины

верхняя – III межреберье

левая – в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Ширина сосудистого пучка – 8 см.

Поперечный размер сердца – 15 см.

Аускультация сердца. Частота сердечных сокращений − 115 ударов в минуту, сердечные сокращения ритмичные.

Тоны приглушены. Акцент I тона на верхушке сердца ослаблен. Акцент II тона над легочным стволом несколько усилен.

Шумы не выслушиваются.

Артериальное давление – 120/80 мм. рт. ст.

**IV. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Губы розового цвета, умеренно влажные, без высыпаний, трещин и эрозий. Слизистая оболочка ротовой полости розовая, умеренно – влажная. Гиперемии, изъязвлений, афт, не обнаружено. Десна не разрыхлены и не кровоточат. Язык ярко – розового цвета, влажный, без язв и налета

Слюнные железы (околоушные, слюнные и подъязычная) не увеличены, безболезненные, изменения цвета кожи над областью желез не отмечается, боль при жевании и открывании рта отсутствует.

Живот. Форма живота округлая, размеры увеличены. Живот симметричный, видимой на глаз перистальтики кишечника и желудка не отмечается, расширения вен живота не выявлено. Пупок втянут.

Поверхностная пальпация: мышцы передней брюшной стенки не напряжены, локальная и разлитая болезненность отсутствует, зон кожной гиперестезии, расхождения прямых мышц живота, грыж, выраженного увеличения внутренних органов, объемных образований не наблюдается. Симптомы Щеткина – Блюмберга, Глинчикова, Воскресенского отрицательные.

При глубокой пальпации определяется:

1. в левой подвздошной области локализуется сигмовидная кишка, плотной консистенции, диаметром до 2 см, с гладкой поверхностью, подвижная, безболезненная, не урчит;
2. в правой подвздошной области определяется слепая кишка, плотной консистенции, диаметром до 3 см, с гладкой поверхностью, подвижная, безболезненная, не урчит;
3. в мезогастральной области на 2 см выше пупка определяется поперечно – ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, подвижная, безболезненная, не урчит;
4. в правой боковой области пальпируется восходящая ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, умеренно подвижная, безболезненная, не урчит;
5. в левой боковой области определяется нисходящая ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, умеренно подвижная, безболезненная, не урчит.

Желудок. При перкуссии большая кривизна определяется на 2 см выше пупка, что подтверждается методом аускультофрикции. При пальпации большая кривизна желудка определяется в виде мягко – эластического тяжа, безболезненная, подвижная. Симптомы Василенко, Менделя, ″пояса″ отрицательные, угол Трейца, точки Боаса, Опенховского, Гербста безболезненные при пальпации.

Поджелудочная железа. Болезненность в зонах Шоффара, Губергрица, точках Дежардена и Мейо – Робсона не отмечается. Симптом Раздольского отрицательный.

Аускультация живота. Выслушивается слабая перистальтика кишечника.

Характеристика испражнений: стул 1 – 2 раза в сутки, коричневого цвета, оформленной консистенции.

**V. ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Печень. При пальпации печени ее нижний край заострен, мягкой консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненный.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 10 см

по передней срединной линии 9 см

по левой косой линии 8 см

Желчный пузырь. Не пальпируется. При пальпации в точке Кера болезненность отсутствует. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка. Не пальпируется. При перкуссии передней грудной стенки не выходит за левую переднюю подмышечную линию. Размеры селезенки по Курлову: продольный размер – 6 см, поперечный размер – 5 см.

**VI. МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

При осмотре область поясницы не изменена. При бимануальной глубокой пальпации почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпации недоступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом ″поколачивания″ отрицательный. Частота мочеиспусканий – 6 – 8 раз в сутки, мочеиспускание безболезненно. Диурез 1000 мл в сутки.

**5. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб на сильную одышку при физической нагрузке и в покое, чувство удушья, постоянный кашель с отделением большого количества серовато – белой густой мокроты, сердцебиение, появление отёков на стопах, плохой сон из-за нарушения дыхания, резкую потерю веса на 10 кг за 4 месяца; анамнеза заболевания – в течение более чем 10 лет страдает ХОЗЛ, анамнеза жизни – с 1990 г. диагностирована аденома предстательной железы; объективных данных – вынужденное положение ортопноэ, бочкообразная форма грудной клетки, участие вспомагательной мускулатуры в акте дыхания, ослабление голосового дрожания, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью легочной ткани, ограничение подвижности легочного края, жесткое дыхание с элементами ослабленного дыхания в нихних отделах легких, масса рассеянных сухих свистящих дистантных хрипов, расширение границ сердца влево, тахикардия – можно установить предварительный диагноз: ХОЗЛ III, стадия обострения.

Осложнение основного заболевания: ХЛН III. хроническая эмфизема легких III. СН IIа.

Сопутствующий диагноз: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

**6. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Анализ крови клинический
2. Анализ мочи общий
3. Анализ крови на сахар
4. Микро - реакция преципитации
5. Исследование кала на яйца гельминтов
6. Коагулограмма
7. ЭКГ
8. Рентгенограмма ОГК
9. Консультация невропатолога.

**7. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1.** Клинический анализ крови. 10.09.2008 г.

Эритроциты 4,1 × 10 /л, гемоглобин 139 г/л, ЦП 1,0, лейкоциты 5,8 × 10 /л, эозинофилы 2 %, палочкоядерные 1 %, сегментоядерные 57 %, лимфоциты 34 %, моноциты 6 %, СОЭ 17 мм/ч.

**2.** Общий анализ мочи. 10.09.2008 г.

Цвет – светло – желтый, реакция – нейтральная, удельный вес – 1011, белка, сахара, слизи нет, лейкоциты единичные в п/з.

**3.** Анализ крови на сахар. 10.09.2008 г.

4,44 ммоль/л.

**4.** Микро - реакция преципитации отрицательная.

**5.** Исследование кала на яйца глистов. 31.03.2008 г.

При исследовании кала яйца глистов ЭПКП, сальмонеллы не найдены.

**6.** Коагулограмма крови.10.09.2008 г.

ПТИ – 7,8 %, время рек. - 120', фибр. – 6,2 г /л, фибр. "Б" – отр.

**7.** ЭКГ. 11.09.2008 г.

Ритм синусовый правильный. Частота сердечных сокращений – 102 удара в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Синусовая тахикардия.

Выраженные диффузные метаболические изменения в миокарде.

**8.** Ретгенография ОГК.



Заключение: правое легкое эмфизематозно, уменьшено в объеме, находится в неравномерно склерозированной плевре. Левое легкое также эмфизематозно. Сердце умеренно гипертрофировано. Аорта удлинена, склерозированная.

1. Жалобы на боли в шейно – грудном отделе позвоночника, ограничение динамики позвоночника в шейно – грудном отделе.

Нервный статус. ЧМТ – рассеянная симптоматика. D=S, живые. Болезненна пальпация остистых отростков и ПВТ в шейно – грудном отделе. Положительный симптом Нери. В позе Ромберга – атаксия.

Заключение: дисциркуляторная энцефалопатия II на фоне атеросклероза сосудов головного мозга. Остеохондроз шейно – грудного отдела позвоночника.

**8. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Режим № 4
2. Диета №15
3. Противомикробные препараты
4. Отхаркивающие средства
5. Муколитики
6. β2 – адреномиметики
7. Ингаляционные глюкокортикоиды
8. Нестероидные противовоспалительные средства

Аминопенициллин с клавулановой кислотой – в/в по 1,2 г. 2 раза в день

Азитромицин – по 0,5 г. 1 р/день

Мукалтин – по 0,05 г. 3 раза в день

Амброксол – по 0,03 г. 3 раза в день

Сальбутамол – по 2 дозы 4 раза в день

Беклометазон – по 800 мкг в сутки

Диклоберл – в/м по 0,075 г. 2 раза в день

Дип рилиф – местно 3 раза в день

Никотиновая кислота ─ по 50 мг 3 раза в день

АЦЦ – по 0,75 г 3 раза в день

**10. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основании:

─ жалоб на сильную одышку при физической нагрузке и в покое, чувство удушья, постоянный кашель с отделением большого количества серовато – белой густой мокроты, сердцебиение, появление отёков на стопах, плохой сон из-за нарушения дыхания, резкую потерю веса на 10 кг за 4 месяца;

─ анамнеза заболевания – в течение более чем 10 лет страдает ХОЗЛ,; анамнеза жизни – с 1990 г. диагностирована аденома предстательной железы;

─ объективных данных – вынужденное положение ортопноэ, бочкообразная форма грудной клетки, участие вспомагательной мускулатуры в акте дыхания, ослабление голосового дрожания, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью легочной ткани, ограничение подвижности легочного края, жесткое дыхание с элементами ослабленного дыхания в нихних отделах легких, масса рассеянных сухих свистящих дистантных хрипов, расширение границ сердца влево, тахикардия;

─ данных дополнительных методов исследования – ЭКГ (синусовая тахикардия и выраженные диффузные метаболические изменения в миокарде), рентгенографии ОГК (сердце умеренно гипертрофирована, аорта удлинена, склерозирована), заключения невропатолога можно установить клинический диагноз: ХОЗЛ III, стадия обострения.

Осложнение основного заболевания: ХЛН III. Хроническая эмфизема легких III. СН IIа. ФК III.

Сопутствующий диагноз: ИБС. Диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия II на фоне атеросклероза сосудов головного мозга. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Остеохондроз шейно – грудного отдела позвоночника.

**11. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 1921 г.р., поступил в терапевтическое отделение ЛГМБ №\*\* 9 сентября 2008 г. по направлению из Луганской городской поликлиники № \*\* с диагнозом направления – ХОЗЛ III, стадия обострения. ДН III. Диффузный кардиосклероз СН IIА. ФК III.

Было проведено физикальное обследование, лабораторные анализы (анализ крови клинический, общий анализ мочи, анализ крови на сахар, МРП, анализ кала на яйца гельминтов), инструментальные исследования (ЭКГ, рентгенография ОГК), консультация невропатолога. На основании проведенных исследований был установлен **клинический диагноз:**

Основной: ХОЗЛ III, стадия обострения

Осложнения: ХЛН III. Хроническая эмфизема легких III. СН IIа, ФК III.

Сопутствующий: ИБС. Диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия II на фоне атеросклероза сосудов головного мозга. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Остеохондроз шейно – грудного отдела позвоночника.

Была назначена фармакотерапия противомикробными препаратами, отхаркивающими средствами, муколитиками, ингаляционными клюкокортикоидами, β2 – адреномиметиками, нестероидными противовоспалительными средствами.

Прогноз относительно жизни, выздоровления и трудоспособности неблагоприятный.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М., 2007, 1206 с.
2. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 1 – Минск, 1997, 533 с.
3. Шишкин А.Н. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика. - С. – П., 1999, 387 с.